



Høgskolen i **Hedmark**
Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

4BACH
Bacheloroppgave

Maja Flensborg Holmlund og Kristina Engli

Veileder: Gunvor Volla Stensrud

”Psykisk helsearbeid i kommunen”

”Mental health care in the municipality”

Antall ord: 12950

Bachelor i sykepleie
BASY2012
2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA ☒ NEI ☐

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☐

Sammendrag

Tittel: Psykisk helsearbeid i kommunen

Engelsk tittel: Mental health care in the municipality

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere i hjemmebasert omsorg sørge for best mulig oppfølging av pasienter som lider av schizofreni?

Bakgrunn: Vi har erfaring fra psykisk helsearbeid innenfor flere ulike instanser, og synes dette er et svært interessant fagområde. Det vi har erfart er at det ofte kan være dårlig oppfølging av pasienter med psykiske lidelser i eget hjem. Vi ønsker derfor å tilegne oss mer kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan sørge for god oppfølging til denne pasientgruppen.

Hensikt: Å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan gi god oppfølgingen til hjemmeboende pasienter som lider av schizofreni, og hvordan dette fungerer i praksis.

Metode: Litteraturstudium

Sammendrag: Denne oppgaven belyser viktigheten av kontinuitet og god samhandling mellom alle involverte parter, for å kunne sikre god oppfølging til hjemmeboende pasienter som lider av schizofreni. Vi har valgt å rette fokus mot hva litteratur, forskning, og lovverk sier, i forhold til oppfølgingen av pasienter med psykiske lidelser. Videre blir dette drøftet opp imot egne erfaringer fra praksisfeltet.

Nøkkelord: Sykepleie, hjemmebasert omsorg, oppfølging, schizofreni

Innhold

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG | 2 |
| INNHold | 3 |
| 1. INNLEDNING | 6 |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 6 |
| 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING..... | 7 |
| 1.3 PRESISERING OG AVGRENSING AV OPPGAVEN..... | 7 |
| 1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON | 8 |
| 1.5 CASE..... | 8 |
| 2. METODE | 10 |
| 2.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE | 10 |
| 2.2 BESKRIVELSE AV FREMGANGSMÅTE OG LITTERATURSØK | 10 |
| 2.3 PRESENTASJON AV VALGTE FORSKNINGSARTIKLER..... | 11 |
| 2.4 KILDEKRITIKK..... | 13 |
| 3. TEORETISK REFERANSERAMME..... | 15 |
| 3.1 HELSE OG PSYKISK HELSE..... | 15 |
| 3.2 SCHIZOFRENI..... | 16 |
| 3.3 EGOSTYRKENDE SYKEPLEIE | 17 |
| 3.3.1 <i>Kontinuitet og regelmessighet.....</i> | <i>17</i> |
| 3.3.2 <i>Nærhet og avstand</i> | <i>17</i> |
| 3.3.3 <i>Fysisk omsorg</i> | <i>18</i> |
| 3.3.4 <i>Grensesetting og skjerming.....</i> | <i>18</i> |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 3.3.5 | Containing..... | 18 |
| 3.3.6 | Praktiske gjøremål | 18 |
| 3.3.7 | Pedagogisk tilnærming..... | 18 |
| 3.3.8 | Trening i å se valgmuligheter og foreta valg | 19 |
| 3.3.9 | Verbalisering..... | 19 |
| 3.3.10 | Krav og mål..... | 19 |
| 3.3.11 | Realitetsorientering..... | 19 |
| 3.4 | JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI..... | 19 |
| 3.4.1 | Kommunikasjon..... | 20 |
| 3.4.2 | Mellommenneskelig forhold | 21 |
| 3.5 | ETIKK..... | 22 |
| 3.5.1 | Pliktetikk..... | 23 |
| 3.5.2 | Konsekvensetikk | 23 |
| 3.5.3 | Autonomi | 23 |
| 3.5.4 | Ikke-skade og velgjørenhet..... | 24 |
| 3.5.5 | Rettferdighet..... | 25 |
| 3.5.6 | Yrkesetiske retningslinjer | 25 |
| 3.6 | TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN UTEN DØGNOPPHOLD..... | 26 |
| 3.7 | LEGEMIDLER OG LEGEMIDDELGRUPPEN ANTIPSYKOTIKA | 27 |
| 3.8 | SAMHANDLINGSREFORMEN..... | 28 |
| 3.9 | SPESIALIST- OG KOMMUNEHELSETJENESTEN | 29 |
| 3.10 | BRUKERMEDVIRKNING..... | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 4. HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE I HJEMMEBASERT OMSORG SØRGE FOR BEST MULIG OPPFØLGING TIL PASIENTER SOM LIDER AV SCHIZOFRENI? | 32 |
| 4.1 HVORDAN KAN SYKEPLEIERE SKAPE GOD SAMHANDLING MED SCHIZOFRENE PASIENTER?32 | |
| 4.2 VIL GOD SAMHANDLING MELLOM KOMMUNE- OG SPESIALISTHELSETJENESTEN BIDRA TIL BEDRE SAMHANDLING MED PASIENTEN? | 35 |
| 4.3 HVORDAN KAN SYKEPLEIERE OPPRETTHOLDE GOD LEGEMIDDELHÅNDTERING, I SAMARBEID MED SCHIZOFRENE PASIENTER? | 36 |
| 4.4 HVILKE ETISKE ASPEKTER ER SENTRALE FOR SYKEPLEIERE I UTØVELSEN AV TVANG?...38 | |
| 5. KONKLUSJON | 41 |
| 5.1 HVA KAN VÆRE VIKTIGE FAKTORER FOR BEDRE OPPFØLGING FOR DENNE PASIENTGRUPPEN I FREMTIDEN?..... | 42 |
| LITTERATURLISTE | 43 |
| VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA..... | 49 |
| VEDLEGG 2: SØKEHISTORIKK | 50 |

1. Innledning

På verdensbasis er det ca. 1% av befolkningen som rammes av lidelsen schizofreni, og det er jevnt fordelt utover alle de ulike landene. I Norge er det ca. 600-800 mennesker som blir diagnostisert med lidelsen hvert år. Som regel debutterer lidelsen i 20-40 årsalderen, og starter oftest senere i livet hos menn enn hos kvinner. Prognosen kan variere, men de fleste har lidelsen livet ut (Folkehelseinstituttet, 2015). På internasjonalt plan har studier vist at forekomsten av schizofreni er høyest i byer (Folkehelseinstituttet, 2014).

I henhold til samhandlingsreformen, skal de som har mottatt hjelp fra spesialisthelsetjenesten få videre behandling og oppfølging i sin hjemkommune. Videre vil kommunene satse på forebyggende arbeid, slik at befolkningen vil ha mindre behov for innleggelser og behandling i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En aktuell aktør i dette arbeidet, er hjemmesykepleien. De som mottar tjenester fra hjemmesykepleien skal få fattet vedtak i forhold til sine behov for hjelp, og skal få helsehjelp deretter (Fjørtoft, 2012, s. 19 & s. 180-181). I enkelte tilfeller, eksempelvis med pasienter som lider av schizofreni, vil det være et større behov for et nært samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, for å sikre et best mulig ettervern for pasienten. I noen av disse tilfellene vil det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, som vil si at pasienten er under tvang i eget hjem, for eksempel medisineringstvang, i etterkant av en innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis kan medisineringsvedtaket følges opp av kommunehelsetjenestens hjemmesykepleie (Psykisk helsevernloven, 2013; Psykisk helsevernforskriften, 2012).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleiestudenter som begge interesserer oss for psykisk helsearbeid, og har derfor valgt dette som tema. Vi har begge erfaring fra psykisk helsearbeid, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Innenfor kommunehelsetjenesten har vi begge jobbet i hjemmesykepleien, med funksjonsområdet rus og psykiatri. Mens vi i spesialisthelsetjenesten har jobbet på diverse akuttavdelinger på psykiatrisk sykehus, både lukket og åpen. Vi har erfart forskjellen på spesialist- og kommunehelsetjenesten, hvordan et

samarbeid mellom disse tjenestene kan fungere, og eventuelle utfordringer dette kan medbringe. I henhold til samhandlingsreformen har kommunene et større ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid, da også i forhold til psykisk helsearbeid (Folkehelseinstituttet, 2015). Det vi har erfart med dette, er at det ikke alltid er like lett å sørge for at denne pasientgruppen får den oppfølgingen de har behov for. Ettersom alle har en psykisk helse (Psykologforeningen, 2013), er dette et sentralt tema for sykepleierfaget. På grunn av dette vil det være hensiktsmessig for sykepleiere å inneha et godt kunnskapsgrunnlag, for å kunne møte personer med psykiske lidelser på en helhetlig og faglig god måte. For den aktuelle pasientgruppen, vil god oppfølging fra kommunen kunne bidra til større mestringsfølelse over eget liv, samt bedre livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2015).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere i hjemmebasert omsorg sørge for best mulig oppfølging til pasienter som lider av schizofreni?

1.3 Presisering og avgrensing av oppgaven

Vi har valgt å fokusere på hvordan sykepleiere i hjemmebasert omsorg [HBO] kan følge opp personer med schizofrenilidelser. For enkelhetens skyld bygger oppgaven på et anonymisert case sammensatt av ulike erfaringer vi har, da vi føler at dette gir bedre føring for oppgaven. Likevel vil vi også benytte oss av andre egne erfaringer fra praksis i drøftingen, som går utover nevnte case. Ettersom problemstillingen er basert på egne erfaringer fra praksisfeltet, er vi bevisste på egen førforståelse og eventuelle fordommer knyttet til dette i vår utarbeidelse av oppgaven (Dalland, 2000, s. 80).

Oppgaven vår vil bygge på aktuelle lovverk i forhold til problemstillingen og caset, samt etisk teori og yrkesetiske retningslinjer som vil være førende for vår sykepleieutøvelse. Vi vil også benytte oss av tenkingen til sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, ettersom hennes teori retter fokus mot viktigheten av kommunikasjon og det mellommenneskelige forholdet, som vi mener er sentralt i psykisk helsearbeid. Dette fordi et godt mellommenneskelig forhold og god kommunikasjon vil bedre samhandlingen mellom

sykepleiere og pasient, som igjen vil resultere i trygghet for pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 355). Videre vil ulike reformer og forskrifter, som for eksempel samhandlingsreformen, være sentrale for denne oppgaven. Dette fordi disse gir en pekepinn på utviklingen innenfor psykisk helsearbeid, og sykepleieutøvelsen deretter.

Vi velger å bruke betegnelsen “helsepersonell” i vår oppgave. Innunder denne betegnelsen faller sykepleiere og helsefagarbeidere. Utover i oppgaven benytter vi oss også av navneforkortelser til de ulike instansene vi skriver om. Ved første nevning av en instans vil vi presisere forkortelsen av navnet i klemmer, som for eksempel hjemmebasert omsorg [HBO]. Vi vil deretter kun bruke navneforkortelsen videre i teksten. Videre har vi valgt å benytte oss av både betegnelsen HBO og hjemmesykepleie utover i oppgaven, selv om begge betegner samme sak. Dette fordi at i enkelte sammenhenger, synes vi at den ene av betegnelseene passer bedre inn i teksten enn den andre.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven starter med en innledning hvor vi redegjør for valg av tema, samt problemstilling, og i tillegg hvordan vi velger å avgrense oppgaven. Deretter følger et metodekapittel, hvor vi gjør rede for valg av metode, samt en beskrivelse av fremgangsmåten vi bruker. Vi vil også gjøre rede for valg av litteratur og forskningsartikler, samt begrunnelse for valg av disse og kildekritikk. Her vil vi belyse fremgangsmåten for hvordan vi fant frem til aktuelle forskningsartikler. I forhold til dette har vi også lagt ved to vedlegg; PICO-skjema og søkehistorikk. Videre følger en teoretisk referanseramme, hvor vi belyser sentrale temaer for oppgaven, samt vårt valg av sykepleieteoretiker. Drøftingskapittelet vil bygge på teorien fra foregående kapittel, hvor vi vil drøfte ulike teori, forskning, og egne erfaringer opp mot hverandre. Til slutt følger en konklusjon, hvor vi redegjør for de svarene vi har kommet frem til, i forhold til vår problemstilling.

1.5 Case

Vigdis er en dame på 57 år, som i hele sitt liv har bodd i en liten by. Hun er skilt, og har en sønn i midten av 30-årene, som sjeldent er på besøk. Hun bor alene i egen leilighet i et borettslag, og har et lite sosialt nettverk. Det nettverket hun har består av hennes søster, samt

ulike hjelpeinstanser. Hun er uføretrygdet, og mottar pengestønad fra Arbeids- og velferdsforvaltningen [NAV]. Vigdis lider av schizofreni, som hun ble diagnostisert med i midten av 20-årene. Hun har tidligere hatt flere innleggelser på psykiatrisk sykehus, ofte da på skjermet enhet. I mange år har HBO vært inne hos henne for å gi medisiner. Iløpet av de siste årene har det vært vanskelig for henne å mestre hverdagen, hun har nektet å ta sine medisiner, og etter en innleggelse for noen år tilbake, ble det fattet vedtak om TUD - tvungent psykisk helsevern, uten døgnopphold. Dette vil si at hun får bo hjemme i egen leilighet, med tvungent medisineringsstilsyn fra HBO hver kveld kl. 21:00. Hun får Leponex 100 mg x4, som knuses og blandes ut i vann. Det er vedtatt at HBO skal observere at medisinerne tas etter gjeldende bestemmelser. Vigdis selv er motvillig til å ta medisinerne sine, da hun er mistenksom både overfor personalet i HBO, samt om medisinerne hun får er korrekte. Det er tidligere blitt forsøkt med ulike typer antipsykotika, uten tilfredsstillende effekt. Videre har Vigdis en lav terskel for nærhet, da hun ikke ønsker at folk blir for nærgående. Ellers har Vigdis jevnlig samarbeidsmøter med HBO, TUD-teamet, og sin søster, for å vurdere om hun fremdeles skal være under tvang. Hun må også møte til jevnlig blodprøver i forhold til medisineringsplan. Videre har hun også individuell plan, som har vært gjeldende for henne de siste 10 årene, men HBO har ikke innsyn i denne. Det er også uklart hvem HBO skal kontakte og når, ved symptomforverring av lidelsen.

2. Metode

I Dalland (2000) siteres Vilhelm Auberts definisjon av hva en metode er; *“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* [egen kursivering].

2.1 Begrunnelse for valg av metode

I henhold til retningslinjene for bacheloroppgaveskriving, er det gitt at litteraturstudium skal benyttes som metode i vår oppgave. Litteraturstudium vil si at en lærer hvordan man skal søke etter ny kunnskap, samtidig som en lærer hvordan den nye kunnskapen kan benyttes i besvarelsen av en problemstilling (Axelsson, 2012, s. 205).

2.2 Beskrivelse av fremgangsmåte og litteratursøk

Vi har benyttet oss av både primær- og sekundærlitteratur i vår oppgave, da både pensumlitteratur, annen faglitteratur, og forskningsartikler, samt ulike reformer, lovverk, og forskrifter. De søkemotorene vi har benyttet oss av for å finne dette er blant annet Cochrane Library, Regjeringen.no, Helsebiblioteket, PudMed, SveMed, Folkehelseinstituttet, Lovdata, PubPsych, og Scandinavian Psychologist. Søkeordene vi har benyttet oss av, har vært på både norsk og engelsk. På denne måten har vi funnet både norsk- og engelskspråklige artikler og forskningsartikler. De norske søkeordene bestod av blant annet *sykepleie, psykisk helse, kontinuitet, samhandlingsreformen, schizofreni, hjemmesykepleie, forsvarlig, brukermedvirkning, individuell plan*. På engelsk har søkeordene vært blant annet *nurse, schizophrenia, mental health, home healthcare, psychosis, symptoms, rebound-psychosis, clozapine, stigmatization, measuring continuity*. Disse søkeordene har blitt brukt både alene og sammen, da i flere ulike kombinasjoner med ordet AND/OG imellom. Søkene våre har blitt avgrenset til å gjelde kun fulltekst-artikler, og som oftest med abstrakt. Se kapittel 2.3 for utvidet søkehistorikk av valgte forskningsartikler. Vi har også valgt å legge ved to vedlegg. Vedlegg 1 er et PICO-skjema. Vedlegg 2 er søkehistorikk.

Vi har søkt etter både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Kvantitative forskningsmetoder kjennetegnes ved at det er målbar informasjon om et gitt emne, som gir større mulighet til å kunne regne ut gjennomsnitt og prosent. Kvalitative forskningsmetoder kjennetegnes ved at det er ulike meninger, forståelser og opplevelser av et gitt emne som belyses, men som da ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2000, s. 72).

2.3 Presentasjon av valgte forskningsartikler

***Cholinergic rebound and rapid onset psychosis following abrupt clozapine withdrawal* (Anand, Cutler, Hartman, Kurtz, Shiovitz, Sramek, Tigel & Welke: 1996)**

Dette er en kvantitativ studie som retter søkelyset mot symptomer og bivirkninger etter brå seponering av et antipsykotika, Clozapin. Studien tok for seg 30 pasienter som led av schizofreni, hvorav 28 fullførte undersøkelsen. Alle 30 ble behandlet med Clozapin, og var derfor gode kandidater for studien. Resultatene var varierende, og viste at flertallet opplevde andre alvorlige symptomer enn rebound-psykose, som blant annet agitasjon og vegetative symptomer, eksempelvis kvalme, hodepine, angst, og insomnia. Forskningsartikkelen er ikke av nyere dato, men tar for seg samme problemområde som nyere litteratur. Vi mener derfor at den fremdeles er sentral for vår problemstilling og case.

Ved å bruke søkeordet “rebound psychosis” på databasen Cochrane Library, og ved å begrense søket til å gjelde artikler med tittel, abstrakt, og nøkkelord, fikk vi 4 treff. Vi leste abstraktene til 2 av treffene, og fant abstraktet til denne artikkelen som mest treffende for problemområdet vi var ute etter. Denne artikkelen var også av nyere dato enn de andre treffene, og hadde en tittel som var veldig beskrivende for det problemområdet vi søkte etter.

Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? (Nortvedt & Tønnessen: 2012)

Dette er en kvalitativ studie som tar for seg brukernes opplevelser av hjemmesykepleietjenester, og kvaliteten av disse. I denne forskningsartikkelen belyses blant annet de ulike brukernes opplevelse av og erfaring med det uforutsigbare, stramme tidsskjemaet til hjemmesykepleien. Utfallet av dette er at mange føler seg krenket, og at de må legge opp sin hverdag etter hjemmesykepleiens tidsskjema.

Ved å kombinere søkeordene “forsvarlig” OG “hjemmesykepleie” på databasen SveMed+, fikk vi bare 1 treff. Denne artikkelen var svært beskrivende for det vi var ute etter, både av tittel og abstrakt, derfor valgte vi å benytte oss av den. Dette fordi den ga oss et innblikk i enkelte pasienters opplevelse av hjemmesykepleietjenesten.

Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations (Borg, Gullslett & Kim: 2014)

Dette er en kvalitativ studie som benytter seg av dybdeintervjuer. Studien tar sikte på førstehåndskunnskap om opplevelsen av å være psykisk syk, og hvordan den enkelte opplever fordommer og stigmatisering. Studien viser videre at stigmatisering kan være et hinder i den enkeltes bedringsprosess og livskvalitet. Videre kommer det også frem at de som opplever slik stigmatisering, etterhvert kan begynne å stigmatisere seg selv.

Ved å kombinere søkeordene “stigma” AND “mental health” på databasen Scandinavian Psychologist, fikk vi 3 treff, hvorav denne artikkelen var den eneste forskningsartikkelen. Både tittelen og abstraktet fanget vår interesse, ved at den fokuserer på ulike menneskers opplevelse av å være psykisk syk, og hvordan dette påvirker deres liv og bedringsprosess.

Individuell plan som verktøy for brukermedvirkning: En evaluering (Holum: 2010)

Dette er en kvalitativ studie, som utforsker graden av tilfredshet hos pasienter med psykiske lidelser som har individuell plan. Det kommer frem at individuell plan er et godt tiltak i teorien, men at det ikke fungerer like godt i praksis. Dette fordi det er uklare retningslinjer overfor hvem som skal gjøre hva, og det sjeldent er noen som vil påta seg ansvar som koordinator for den enkeltes plan.

Ved å kombinere søkeordene “brukermedvirkning” OG “individuell plan” på databasen Helsebiblioteket, og avgrense søket til å gjelde kun primærforskning, fikk vi 4 treff. Vi valgte denne artikkelen fordi tittelen fanget vår oppmerksomhet, ettersom denne var den eneste som hadde begge søkeordene som del av tittelen. Etter vi hadde lest abstraktet,

kom vi frem til at denne belyser fordeler og ulemper vedrørende individuell plan, og bruken av denne i praksis. På grunn av dette følte vi den var sentral for vår case og problemstilling.

Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services (Gjevjon, Eika, Landmark & Romøren: 2013)

Dette er en kvalitativ studie, som retter søkelyset mot pasienters opplevelse av kontinuitet i hjemmetjenesten. I forskningsartikkelen kom det frem at det ofte er mange forskjellige pleiere innom pasientene i en gitt periode, enn det som er ønskelig i forhold til kontinuiteten. Studien viser at det er stort bedringspotensiale i forhold til dette, med tanke på kontinuitet for pasientene.

Ved å kombinere *measuring continuity* AND *home healthcare* på databasen PubMed, fikk vi 19 treff. Ved å begrense søket til å gjelde artikler som er under 5 år gamle, med abstrakt og i full tekst, fikk vi 8 treff. Vi valgte denne artikkelen, da den hadde en appellerende tittel, og et lovende abstrakt, som virket til å være høyst aktuell for vår problemstilling. Dette fordi den fokuserer på kontinuitet i hjemmesykepleie, og pasientenes opplevelse av dette.

2.4 Kildekritikk

De kildene som brukes, må være både pålitelige og av relevans til problemstillingen (Dalland, 2000, s. 82-83). Kildekritikk baserer seg på at en vurderer den litteraturen man har benyttet seg av, og er kritisk til om opplysningene som oppgis er reelle, og ikke bare er forfatterens egne fortolkninger eller spekulasjoner av et emne (Dalland, 2000, s. 68-69). I for eksempel sekundærlitteratur kan det forekomme både tolknings- og oversettelsesfeil, som følge av at det er skrevet om av andre forfattere enn primærforfatter. Dette vil ikke forekomme i primærlitteratur, fordi det ikke er blitt tolket eller oversatt av andre (Dalland, 2000, s. 261).

I forhold til forskningsartikler har vi benyttet oss av IMRoD-modellen i vår kritikk av søkeresultatene. Dette vil si at artikkelen består av I - innledning, M - metode, R - resultater,

og D - diskusjon. Artikler som er bygget opp på denne måten er oftest entydig og av nøkternt språk, slik at fortolkningsfeil som regel ikke forekommer (Søk og Skriv, 2015).

De databasene vi har benyttet oss av er godkjente gjennom Høgskolen i Hedmark. Et unntak fra dette er Scandinavian Psychologist, som er et internasjonalt tidsskrift for fagfolk innen psykisk helse (Scandinavian Psychologist, 2015).

3. Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet presenteres teorien vi har benyttet oss av i forhold til problemstillingen vår, og som sammen med forskningsartiklene våre utgjør grunnlaget for drøftingskapittelet.

Ifølge Dalland (2000) handler teori om å komme frem til den enkleste og mest beskrivende versjonen av virkeligheten.

3.1 Helse og psykisk helse

Ifølge Verdens Helseorganisasjons (1948), er *“helse en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk, og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet”* [egen kursivering]. Dette utsagnet sees mer på som et optimalt og ideelt mål, snarere enn et realistisk mål. Dette fordi helse ikke er konstant, men noe som hele tiden er i endring, og som må sees i sammenheng med den enkeltes livssituasjon og ønsker for fremtiden. Hvordan noen opplever egen helse, er svært subjektiv, og er påvirket av ulike foranderlige faktorer, som for eksempel individet selv og dens omgivelser. Det er altså ikke slik at sykdom nødvendigvis betyr dårlig helse, men at den subjektive opplevelsen av helse er varierende, og tar utgangspunkt i hver enkeltes syn på egen helse (Hummelvoll, 2012, s. 36).

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (2014) er psykisk helse *“en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte, og har mulighet til å bidra for samfunnet”* [egen kursivering]. Det er en rekke karakteristiske kjennetegn på god psykisk helse, som gjør denne definisjonen enklere å forstå. Disse kjennetegnene er ikke absolutte, men fungerer som mål å strekke seg mot. De handler blant annet om å ha en positiv selvoppfatning, inneha en evne å kunne benytte seg av sine ressurser, å kunne handle uten å isolere seg fra andre, inneha en evne til empati og evne til realitetssans, og å kunne skape dype og ekte relasjoner til andre mennesker (Hummelvoll, 2012, s. 36). Mennesker har en iboende evne til å tilpasse seg og mestre situasjoner som medfører stress og påkjenninger. I enkelte perioder av livet kan påkjenninger og utfordringer bli for overveldende å takle, og den naturlige balansen mellom psykofysiske, sosiale, og åndelig-kulturelle funksjonsevner blir forstyrret. Denne naturlige

balansen er viktig for å kunne bevare god helse. Når denne svikter, kan det eksempelvis føre til psykiske plager (Hummelvoll, 2012, s. 37).

3.2 Schizofreni

Betegnelsen schizofreni handler om at de ulike delene av sinnet ikke kommuniserer tilfredsstillende med hverandre, og blir kanskje best forklart som en alvorlig og omfattende forvirringstilstand. Schizofreni sees på som et syndrom. Betegnelsen på et syndrom er at det er et utvalg av ulike symptomer og kjennetegn som tilsammen danner en spesifikk forstyrrelse eller lidelse (Johannessen & Larsen, 2002, s. 28). For å kunne diagnostiseres med en schizofreni lidelse, må minimum to psykotiske symptomer vært fremtredende, over en periode på minst en måned. Typiske psykosesymptomer er blant annet realitetsbrist, vrangforestillinger, hallusinasjoner, svært uorganisert tale og adferd, følelsesavflatning, likegyldighet, og fattig språk (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 317). Etter en periode, når lidelsen har fått mulighet til å manifestere seg, vil symptombilde bli mer dominerende. Dette fører til at de det gjelder blant annet kan føle seg redde, mistenksomme, mistroiske både til seg selv og andre, opplever at de går i oppløsning, har kaotiske tanker, samt at de tilsynelatende aksepterer sin nye tilværelse preget av tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner, og emosjonelle forstyrrelser (Kringlen, 2008, s. 303). Symptomene kan deles inn i to hovedkategorier; positive og negative. Positive symptomer er det som kommer i tillegg til normal erfaring, som for eksempel hallusinasjoner og vrangforestillinger. Negative symptomer vil si fravær av normal funksjon, altså at en for eksempel har tap av interesser, konsentrasjonssvikt, og avflatet humør (Hummelvoll, 2012, s. 347). Symptomene på schizofreni gjelder derimot ikke spesifikt for denne lidelsen, da de samme symptomene også kan sees ved andre psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Årsaken til at hvorfor noen utvikler denne lidelsen er komplisert og sammensatt, da dette ofte er flere faktorer som spiller inn. Disse faktorene kan være blant annet genetisk betinget, og som følge av ytre hendelser. Ytre hendelser kan være relatert til stress og traumer, samt rusmisbruk. Det genetiske aspektet kan være enten en medfødt sårbarhet for lidelsen, eller en tidlig ervervelse (Korneliussen, 2011).

Et velutviklet sosialt nettverk har god innvirkning på den enkeltes helse, og gir også en bedre prognose ved sykdom og lidelse (Mæland, 2010, s. 183-184). Ved kronisk

schizofreni opplever den enkelte å ha et lite sosialt nettverk, sammenlignet med andre. Det er ofte slik at familie og venner begynner å distansere seg fra den enkelte etter gjentatte innleggelser på psykiatrisk sykehus. Behandlingen av den kroniske formen for schizofreni består av blant annet medikamentell behandling, støtteterapi, informasjon om egen lidelse og hva en selv kan gjøre for å mestre denne, samt et godt psykisk ettervern. Etterhvert som familie og venner trekker seg unna den enkelte, vil mye av nettverket dens derfor bestå av ulike ettervernsintanser (Kringlen, 2008, s. 323).

3.3 Egostyrkende sykepleie

Strand (1990) sier at en sykepleier skal ha en fremtreden som ikke virker truende hverken for kollegaer, pasienter, eller pårørende. Videre er det hensiktsmessig å arbeide etter de egostyrkende sykepleieprinsippene, i samhandling med pasienter som lider av schizofreni (Strand, 1990, s. 74). Disse prinsippene er med på å styrke den enkeltes egofunksjoner, som er svekket ved symptomoppblussing av schizofreni. Egofunksjoner er de delene av jeg-et som regulerer den enkeltes adferd, som for eksempel persepsjon, hukommelse, impuls kontroll, og realitetstesting (Hummelvoll, 2012, s. 343). De egostyrkende prinsippene som er sentrale i arbeidet med schizofrene pasienter, er blant annet kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, grensesetting og skjerming, containing, praktiske gjøremål, pedagogisk tilnærming, trening i å se valgmuligheter og foreta valg, verbalisering, krav og mål, samt realitetsorientering (Strand, 1990, s. 76-77).

3.3.1 Kontinuitet og regelmessighet

For å etablere og styrke forholdet mellom sykepleier og pasient er det viktig med kontinuitet og regelmessighet. Sykepleieren må jevnlig tilby kontakt og være tilgjengelig, og være tålmodig, men samtidig ikke være for krevende av pasienten. Selv om det kan ta tid, må sykepleieren vise pasienten at den kan stoles på (Strand, 1990, s. 78).

3.3.2 Nærhet og avstand

Å finne en god balansegang mellom nærhet og avstand er en sentral del av egostyrkende sykepleie. Tidsbruk sammen med pasienten, pasientens intimgrenser og behov for rom, og

innholdet i samhandlingen er alle faktorer som sykepleieren må tenke over i denne balansegangen (Strand, 1990, s. 80-81).

3.3.3 Fysisk omsorg

Når pasientens evne til god egenomsorg er svekket, er det sykepleierens oppgave å fysisk hjelpe med ivaretagelsen av de grunnleggende behovene, enten ved å ta delvis eller full kontroll over ivaretagelsen for pasienten (Strand, 1990, s. 83).

3.3.4 Grensesetting og skjerming

Grensesetting overfor schizofrene pasienter handler om å markere en grense eller et ytterpunkt de ikke burde eller kan overskride. Hensikten med dette er å skjerme enten pasienten eller omgivelsene i forbindelse med lidelsen til pasienten, noe som vil bidra til å ivareta pasientens integritet (Strand, 1990, s. 88).

3.3.5 Containing

Pasienten får her mulighet til å bearbeide sine tanker og opplevelser av verden, i samarbeid med sykepleier. Sykepleierens rolle er å ufarliggjøre pasientens situasjon, være forståelsesfull, og gi avlastning for pasientens tanker (Strand, 1990, s. 108).

3.3.6 Praktiske gjøremål

Praktiske gjøremål bidrar til egosamling hos schizofrene pasienter, ved at de utøver dagligdagse gjøremål og aktivitet. Dette tar sikte på at pasienten skal føle mestring, få økt motivasjon, og utøve samhandling med andre mennesker. Sykepleierens rolle er å motivere og oppfordre til dette (Strand, 1990, s. 113).

3.3.7 Pedagogisk tilnærming

En sykepleier skal fungere som både omsorgsperson og veileder. I denne sammenhengen skal sykepleieren veilede og undervise pasienten i å opprettholde en velfungerende funksjon i dagliglivet, samt gi råd der pasienten har behov for det (Strand, 1990, s. 120-121).

3.3.8 Trening i å se valgmuligheter og foreta valg

Sykepleieren skal hjelpe pasienten i å se fordeler og ulemper ved ulike valgalternativer, både kortsiktige og langsiktige. Treningen vil dreie seg om å velge det som gir best uttelling for pasienten, samt lære hvordan kompromiss er en del av hverdagen (Strand, 1990, s. 126-127).

3.3.9 Verbalisering

Verbalisering handler om å sette ord på hva en tenker, føler, og opplever. Sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten med dette (Strand, 1990, s. 116).

3.3.10 Krav og mål

Sykepleierens rolle her er å hjelpe og veilede pasienten til å anskaffe seg realistiske livsmål, og tilse at kravene den stiller til seg selv er oppnåelige og ikke for ambisiøse (Strand, 1990, s. 125).

3.3.11 Realitetsorientering

Når den schizofrene pasienten trekker seg tilbake fra den felles ytre realiteten, må sykepleieren hjelpe pasienten med å komme seg tilbake til denne. Dette kalles realitetsorientering, og handler om å informere om felles virkelighet. I samhandling med schizofrene må dette gjøres på en forsiktig måte, i flere trinn. Først må det opprettes kontakt mellom sykepleier og pasient, før arbeidet med realitetsorientering kan begynne.

Sykepleieren må vise at den er forståelsesfull i forhold til pasientens realitet, men likevel avkrefte denne realitetsoppfatningen på en forsiktig og velmenende måte (Strand, 1990, s. 109-110).

3.4 Joyce Travelbees sykepleieteori

En sentral sykepleieteoretiker innen psykisk helsearbeid, er blant annet Joyce Travelbee. Hennes tenkning og teori er sentrale, ettersom de baserer seg på samhandlingen mellom sykepleier og pasient, noe som kalles interaksjonsteori. Interaksjonsteori baserer seg på den enkeltes evne til å gi ulike situasjoner og hendelser en mening, noe som er sentralt fordi den enkeltes reaksjoner og adferd baserer seg på nettopp dette. Kommunikasjon er også en sentral del, ettersom det er slik den enkelte deler sine tanker og meninger. Videre vil den

enkeltens tanker og følelser om seg selv, spille inn på dens egne evne og mulighet til samhandling med andre, ettersom dette da kan påvirke eget selvilde i både positiv og negativ retning (Kristoffersen, 2005, s. 19).

Joyce Travelbee definerer sykepleie som *“en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”* [egen kursivering] (Travelbee, 2001, s. 29). Travelbee sier at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, ettersom det alltid handler om mennesker, enten direkte eller indirekte. Disse menneskene omhandler både syke og friske individer, samt deres familie og venner, i tillegg til annet helsepersonell og samarbeidspartnere (Travelbee, 2001, s. 29-30). Sykepleie i seg selv er også en type prosess, hvor ulike sykepleiesituasjoner oppstår mellom en sykepleier og et annet individ. Disse situasjonene kan betraktes som erfaringer i tid og rom, som alltid er under utvikling. Sykepleieren og det enkelte individet vil i slike situasjoner kunne påvirke hverandre, og gjennom en dialogprosess vil resultatet til slutt bli en endring i individets livssituasjon (Travelbee, 2001, s. 30). Videre sier Travelbee (2001) at god sykepleie ikke bare har fokus på fullstendig helbredelse av sykdom eller lidelse, men også mestring av alvorlige, kroniske lidelser i hverdagen. Hos de individene som lider av alvorlige, kroniske lidelser er det viktig for sykepleieren å huske på at det er individets egne holdninger til sin lidelse som ofte kan utgjøre store problemer for individet selv og dens familie. Sykepleierens fokus i disse situasjonene vil være å sette seg inn i hvordan individet selv oppfatter egen lidelse, hjelpe den med å finne mening i lidelsen, og mestring av denne (Travelbee, 2001, s. 35-37).

3.4.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon mellom mennesker baserer seg ikke bare på det verbale, men også det non-verbale. Verbal kommunikasjon er det som blir sagt eller skrevet, mens det non-verbale omfatter blant annet ansiktsuttrykk, atferd, holdning, gester, utseende, og manerer (Travelbee, 2001, s. 138). Kommunikasjon er altså ikke bare samtaler, men det foregår også i taushet. På grunn av dette vil en sykepleier og et individ kommunisere kontinuerlig, selv om de er ubevisste på det (Travelbee, 2001, s. 135). Ifølge Travelbee (2001) må en sykepleier kunne klare å oppfatte hva individet forsøker å kommunisere, samt å bruke denne informasjon på en konstruktiv måte. Kommunikasjonen mellom sykepleier og individet sees

på som både en handling, og en prosess. Det sees på som en handling fordi kommunikasjonen krever både fysisk og mental innsats av begge parter. Videre sees det på som en prosess fordi det er en utveksling av meninger og tanker mellom partene (Travelbee, 2001, s. 137). En viktig del av sykepleierens rolle innen kommunikasjon, er å vise individet den snakker med at den blir hørt og forstått. Dette viser sykepleieren ved hjelp av blant annet non-verbal kommunikasjon, hvor for eksempel et enkelt blikk kan være nok til å formidle forståelse overfor individet. Videre vil motiverende kommunikasjon fra sykepleieren gi individet bekreftelse på at det den kommuniserer faktisk er viktig (Travelbee, 2001, s. 137).

Kommunikasjonen mellom sykepleier og individ svikter, når budskapet enten ikke blir mottatt, forstått, eller at det mistolkes. Videre kan kommunikasjonen svikte fordi en av partene ikke ønsker å kommunisere, eller ikke har gode nok intensjoner i kommunikasjonen. I tillegg kan det også være at en av partene svarer på noe, uten å tenke seg om, noe som kan få den andre parten til å tro at førstnevnte er uinteressert, og dermed skape en barriere dem imellom (Travelbee, 2001, s. 158).

3.4.2 Mellommenneskelig forhold

En av grunntankene til Travelbee (2001) er blant annet at sykepleieren skal strebe etter å skape et godt mellommenneskelig forhold. Et slikt forhold kjennetegnes ved at begge partene oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer, og ikke som rollene "sykepleier" og "pasient". Travelbee mener videre at slike rollebetegnelser skaper en avstand mellom partene, og at de dermed ikke klarer å nå helt fram til hverandre i sin kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 171). Videre tar det mellommenneskelige forholdet utgangspunkt i at sykepleieren bruker både kunnskap og forståelse i sin yrkesutøvelse, og at den da er bevisst på hva den gjør, tenker, føler, og erfarer i samhandlingen med det enkelte individ. Over tid vil dette bidra til at det mellommenneskelige forholdet styrkes. En annen grunntanke bak det mellommenneskelige forhold er at partene har vært igjennom ulike, sammenhengende faser i samhandlingen dem imellom. Disse fasene består av det første møtet, identitetsavklaring, empati, og sympati og medfølelse. Tilsammen vil disse fasene utgjøre en gjensidig forståelse, og skape god kontakt i etableringen av forholdet. Forløpet av disse fasene er ikke konstant, og det kan gå litt frem og tilbake mellom fasene, samtidig som at progresjonen kan variere i tempo fra situasjon til situasjon (Travelbee, 2001, s. 171-172).

Under det første møtet vil sykepleieren observere, og gjøre seg opp tanker og meninger om pasienten, noe som vil danne grunnlaget for videre interaksjon. Dette vil også pasienten gjøre angående sykepleieren. Når man møtes i rollene sykepleier og pasient, er det viktig å se personen bak rollen, da dette gir et bedre samarbeid. Videre vil førsteinntrykket av hverandre bli påvirket av tidligere samhandling med andre personer som kan ligne på den man nå møter. Dette er viktig å huske på i forhold til førforståelse og fordommer. Når begge partene begynner å se på hverandre som unike individer, går samhandlingen over i en ny fase (Travelbee, 2001, s. 186-188).

Identitetsavklaringen går ut på at begge partene anerkjenner hverandre som unike individ, og de begynner å forme et godt tilknytningsforhold, hvor de har større evne til å sette seg inn i hverandres tanker og følelser. Det er nå likhetene og forskjellene mellom partene kommer frem og blir anerkjent. Denne fasen vil fungere som en overgangsfase til empati (Travelbee, 2001, s. 188-189).

Travelbee (2001) sier at empati er en erfaring som oppstår mellom to eller flere personer, som går ut på at den enkelte har en evne til å forstå, ta del i, og leve seg inn i andres mentale status der og da. Selv om den enkelte ved empati forstår og tar del i en annens opplevelse av noe, så gjøres dette på en objektiv måte, uten å utvikle de samme følelsene og tankene som den har. Altså er empati en følelse av bedre forståelse (Travelbee, 2001, s. 193).

Når evnen til empati foreligger, danner det seg muligheter for evnen til sympati og medfølelse. Sympati og medfølelse er også en erfaring som oppstår mellom to eller flere personer, men som skiller seg fra empati ved at en blir personlig og emosjonelt involvert i en annens situasjon, og har et sterkt ønske om å bedre dens tilværelse (Travelbee, 2001, s. 200-201).

3.5 Etikk

Etikk er teorien om moral, som omhandler normer, verdier, og holdninger. I sykepleie er etikk viktig fordi det setter sykepleieren i stand til å kunne vurdere ulike etiske situasjoner den møter i praksis, og dermed kunne komme frem til et godt handlingsalternativ

(Brinchmann, 2012, s. 17). Normativ etikk beskriver hvordan noe burde være, i motsetning til analytisk og deskriptiv etikk, ettersom disse to beskriver hvordan noe faktisk er. På grunn av dette vil den normative etikken være sentral i videre utvikling av sykepleiefaget, og et godt hjelpemiddel i praksis (Natvig, 2000, s. 49-50). De delene av normativ etikk vi har valgt å vektlegge, er pliktetikk, konsekvensetikk, de fire etiske prinsippene, og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Brinchmann, 2012, s. 19-20).

3.5.1 Pliktetikk

Pliktetikken baserer seg på handlinger vi er pålagt å gjøre, enten av oss selv eller andre. Denne pålagte handlingen innebærer en norm som vi ikke kan komme utenom, ettersom dette vil gjøre den gitte situasjonen moralsk klanderverdig. En slik plikt har tre kjennetegn; at den er formulert som en regel eller norm, at den fungerer som en rettesnor i forståelsen av rett og galt, og til slutt at den er absolutt, altså at en ikke kan utføre handlingen bare når det passer en selv (Henriksen & Vetlesen, 2006, s. 162). Pliktetikken skilles mellom to typer; handlingsetikk og regeletikk. Handlingsetikken baseres på at en selv skal kunne avgjøre hva som er riktig og galt, uten å ta normer og regler med i betraktningen. Regeletikken går derimot ut på at en skal følge en eller flere regler i sin søken etter riktig handlingsalternativ (Natvig, 2000, s. 57-58).

3.5.2 Konsekvensetikk

Konsekvensetikken vektlegger de konsekvensene ulike handlinger medfører, samt hvilket mål disse handlingene har. For at noe skal kunne kvalifiseres som en etisk akseptabel handling, må den medføre et overtall av gode konsekvenser, i forhold til dårlige. Ut av dette vil gode konsekvenser rettferdiggjøre en bestemt handling, ved for eksempel at de gir lykke, eller god helse (Sneltvedt, 2012, s. 68).

3.5.3 Autonomi

Autonomiprinsippet handler om selvbestemmelse, og bygger på den enkeltes rett til å få informasjon og til å kunne fatte egne beslutninger. Hvert enkelt menneske har både en etisk og juridisk rettighet, til å få sine autonome ønsker og avgjørelser respektert. Når det kommer til helsehjelp, vil den enkelte ha rett til informasjon om tilgjengelig behandling og mulighet til medvirkning i forhold til denne. Dette vil si at den enkelte for eksempel kan motsette seg

behandling, dersom den ikke er enig med fagpersonellet (Brinchmann, 2012, s. 89). For at en person skal kunne være autonom, forutsettes det at den innehar forståelse og fornuft, slik at den skal kunne vurdere de ulike valgmulighetene den har på en rasjonell måte (Natvig, 2000, s. 104).

Den enkeltes mulighet for autonome valg forutsetter at den har mottatt og forstått tilstrekkelig med objektiv informasjon om egen helsetilstand, de ulike valgmulighetene den har, og konsekvensene av disse. Ved endret mental status kan den enkeltes evne til autonome valg være påvirket. Dette er noe helsepersonell må være oppmerksomme på, og ta med i sin helhetlige vurdering av den enkeltes autonomi. Endret mental status kan forekomme ved for eksempel sterke psykiske lidelser (Brinchmann, 2012, s. 90). En annen faktor som kan påvirke den enkeltes autonomi, er paternalisme. Den som da påtar seg en paternalistisk rolle overfor en annen person, vil selv vurdere og å ta avgjørelser for den det gjelder, uten å ta med dens syn og ønsker i betraktningen. På denne måten vil den det gjelder bli overstyrt, og ikke lenger være autonom (Natvig, 2000, s. 116). Paternalisme kan sees på som både positivt og negativt. Positiv paternalisme gir uttrykk for omsorg, handling og velvilje som er til det beste for den det gjelder. Negativ paternalisme skjer når noen påtar seg en "ekspertrolle", ved at de tror at *kun* de vet hva som er til det beste for den det gjelder (Natvig, 2000, s. 136).

Den enkeltes autonomi kan endre seg gjennom livet, i takt med for eksempel alvorlig sykdom, og er derfor ikke noe konstant. Det som imidlertid er konstant, er den enkeltes menneskeverd og integritet. For å kunne bevare integriteten på best mulig måte, er det viktig å respektere den enkeltes fysiske og mentale grenser (Brinchmann, 2012, s. 90). I sykepleie er integritet et sentralt begrep, og ivaretagelse av denne er viktig for den enkeltes autonomi. Dette fordi det handler om å vise respekt og forståelse for den enkeltes valg og vurderinger i forhold til eget liv og helse (Kirkevold, 2010, s. 92-94).

3.5.4 Ikke-skade og velgjørenhet

Ikke-skade-prinsippet baserer seg på at en ikke skal påføre den enkelte hverken skade eller smerte. Enkelte tilfeller gir likevel rom for at det *må* påføres andre noe smerte e.l., dersom dette kan forhindre en større påkjenning, skade eller smerte senere i livet. Likevel skal det alltid velges det alternative som vil påføre minst skade, smerte eller ubehag. Dette er i tråd

med velgjørenhetsprinsippet, som tilsier at en har en plikt til å utføre handlinger som er til det beste for den det gjelder (Natvig, 2000, s. 122-123).

3.5.5 Rettferdighet

Rettferdighetsprinsippet tar utgangspunkt i tanken om likebehandling, og at en får som fortjent. Likebehandling baserer seg på det formale likhetsprinsippet, som tilsier at like situasjoner skal behandles likt. Likevel er det rom for forskjellsbehandling, dersom det er en etisk relevant forskjell som tilsier det. Sykepleiere har en plikt til å gi alle lik og rettferdig behandling, og etter de samme profesjonelle standardene (Slettebø, 2013, s. 133-135). Selv om plikten tilsier at sykepleiere skal behandle alle likt, betyr ikke dette nødvendigvis at alle skal behandles identisk. Helsehjelpen som gis må vurderes ut ifra den enkeltes behov, interesser og yteevne (Natvig, 2000, 156).

Innenfor helsevesenet er rettferdighetsprinsippet svært sentralt, ettersom det ikke alltid er like god tilgang på ulike ressurser. På grunn av tidsmangel og begrensede ressurser, er realiteten slik at ikke alle får den behandlingen og oppfølgingen som de kanskje har behov for (Natvig, 2000, s. 146-148).

3.5.6 Yrkesetiske retningslinjer

Prinsippene i International Council of Nurses etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring er med på å utgjøre de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Disse retningslinjene gir sykepleierne en bedre forståelse av hvordan grunnleggende verdier og menneskesyn burde ivaretas i praksis, samt hva fokuset for yrkesutøvelsen skal være. Sykepleieprofesjonen tar sikte på å være kunnskapsbasert, med fokus på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. De yrkesetiske retningslinjene konkretiserer de målene som vi strekker oss etter i sykepleieprofesjonen, som da skal kunne sikre god praksis i møte med pasienter, pårørende og andre samarbeidspartnere (Sykepleierforbundet, 2011). Ifølge Sykepleierforbundet (2011) tar sykepleiegrunnlaget utgangspunkt i at *“grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet”*. Videre kan disse retningslinjene sees på som generelle regler, som skal kunne være til hjelp i ulike faglige situasjoner og

håndteringen av disse, samt at de gjør rede for de kravene som sykepleierne bør sette for seg selv i sin yrkesutøvelse (Natvig, 2000, s. 236).

3.6 Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold

Psykisk helsevern er spesialisthelsetjenestens ulike undersøkelser og behandlinger av personer med antatte psykiske lidelser, og dermed også den pleie og omsorg som den enkelte har behov for. Med tvungent psykisk helsevern vil undersøkelse og behandling foregå uten samtykke fra pasienten etter bestemmelser i kapittel 4 i pasient- og brukerrettighetsloven (Psykisk helsevernloven, 2013). Samtykkekompetanse gjelder for de over 18 år (med mindre det er særskilte forhold som tilsier annet) som har innsikt og forståelse for egen helsetilstand, konsekvensene de ulike valgene medfører, og hva et samtykke innebærer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2014). For å kunne opprette tvungent psykisk helsevern, må det foreligge en legeundersøkelse, hvor undersøkende lege skal kunne gi en skriftlig begrunnelse for hvorvidt den enkelte skal illegges tvang. Videre er det ulike kriterier som må være oppfylt for å kunne iverksette vedtak om tvungent psykisk helsevern, etter § 3.3 i psykisk helsevernloven, blant annet at frivillig psykisk helsevern er blitt forsøkt uten hell, at den enkelte har en alvorlig sinnslidelse som kan utgjøre alvorlig fare for egen eller andres liv og helse, og at det er to ulike leger som undersøker den enkelte (hvorav den ene er uavhengig av gjeldende institusjon). Tvungent psykisk helsevern kan utføres både med og uten døgnoophold i institusjon, alt ettersom hva som er til det beste for den enkelte (Psykisk helsevernloven, 2013).

Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold [TUD] kan kun utøves av en institusjon som har godkjenning for nettopp denne typen behandlingsform. TUD innebærer at den enkelte får pålegg om å møte til undersøkelse eller behandling, som for eksempel legemiddelbehandling (Psykisk helsevernloven, 2013). Dersom det er faglig forsvarlig og praktisk gjennomførbart, kan legemiddelbehandlingen utføres av helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet, som for eksempel i eget hjem av hjemmesykepleien. Dette må i så fall skje etter avtale med den ansvarlige institusjonen som har fattet vedtaket om TUD. I tillegg må den enkelte pasient eller verge samtykke til denne behandlingsmetoden. Den enkelte har krav på å bli informert om hvilke medikamenter den får, samt dosering, mulige bivirkninger, og administrasjonsmåte (Psykisk helsevernforskriften, 2012).

3.7 Legemidler og legemiddelgruppen antipsykotika

Sykepleiere er strafferettslig ansvarlig for legemiddelhåndteringen de utøver i sitt arbeid. Dette innebærer at legens rekvisisjon skal følges, noe som dermed sørger for at den medikamentelle behandlingen er korrekt. Dette kan kontrolleres ved hjelp av de syv R-er; altså at det er rett pasient, legemiddel, legemiddelform, styrke, dose, måte, og tid. Under denne behandlingen er sykepleierens observasjoner svært viktig, for da å kunne gi legen tilbakemelding om behandlingens virkning eller bivirkning. Sykepleierens ansvar ved legemiddelhåndtering, er å sørge for at dette foregår på en faglig forsvarlig måte.

Sykepleieren skal ha kjennskap til legemiddelet som gis, samt virkning og bivirkning av dette. Videre er det et krav at sykepleieren skal holde seg faglig oppdatert i forhold til legemidler, og håndteringen av dem (Bielecki & Børdahl, 2008, s. 15-21). I tillegg har pasienten rett til informasjon om helsehjelpen den mottar. Dette gjelder også for legemiddelbehandling, da informasjon om legemiddelet, hensikten med det, hvordan det tas, og virkning, samt eventuelle bivirkninger av det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2014).

Medikamentell behandling av for eksempel schizofreni, er antipsykotika (Berg, 2007, s. 77). Hva slags antipsykotika som skal brukes hos den enkelte pasienten, besluttet av en spesialist innen fagfeltet, for eksempel en psykiater (Berg, 2007, s. 77). Clozapin, eller synonympreparatet Leponex, er et av de mest effektive antipsykotika som finnes, men brukes som sistevalg ved behandling av schizofreni, ettersom det har svært alvorlige bivirkninger. Dette brukes når ingen andre antipsykotika har hatt ønsket effekt. Disse alvorlige bivirkningene er blant annet koagulasjonsforstyrrelser i blodet, og redusert produksjon av hvite blodceller. På grunn av dette, tas det regelmessige blodprøver av pasienten for å kontrollere verdien av hvite blodceller og blodplater (Berg, 2007, s. 77-78). Leponex virker ved at det blokkerer dopaminreseptorer i de ulike delene av hjernen, og klinisk vises dette ved rask sedasjon og antipsykotisk effekt. Videre har dette legemiddelet vist god effekt ved både positive og negative symptomer på schizofreni. Hos pasienter med en alvorlig schizofrenilidelse, vil den terapeutiske dosen ligge mellom 200-450 mg per døgn (Felleskatalogen, 2014). Ved brå seponering av preparatet kan pasienten oppleve noe som kalles rebound-psykose, som da er mer intens og langvarig enn tidligere psykotiske episoder, og dermed også vanskeligere å behandle. I tillegg til de psykotiske symptomene, kan det

være fremkomst av vegetative symptomer, som for eksempel kvalme, angst, insomnia, og rastløshet (Berg, 2007, s. 64-78; Germans, Kristiansen, Romuld & Solhaug, 2011).

Ifølge Felleskatalogen (2014) går Leponex under betegnelsen “vanlig tablett”, altså ikke depot- eller enterotablett, og den kan deles i to like store doser. Ettersom preparatet er en “vanlig tablett” kan den også løses i væske eller knuses. Dette anbefales derimot ikke, så fremt det kan unngås. Knuste tabletter bør blandes i syltetøy e.l., og svelges med rikelige mengder vann. Dette for å unngå tablettrester i munnhulen, som kan forårsake lokale bivirkninger (Bielecki & Børdahl, 2008, s 133). Når tabletter knuses er det også alltid en risiko for at oppløsningen og absorpsjonen av legemiddelet skjer på feil sted i fordøyelseskanalen (Bielecki & Børdahl, 2008, s. 25).

3.8 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft i januar 2012, og er basert på det som da var to nye lover og en ny helse- og omsorgsplan. Disse to lovene er *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, og *Lov om folkehelsearbeid*. Den nye helse- og omsorgsplanen, *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*, danner et utgangspunkt for hvordan samhandlingsreformen skal gjennomføres, samt at den knytter sammen ulike tiltak som tilhører begge de nye lovene. Samhandlingsreformen har som formål å møte det økende antallet eldre og syke, samt bidra til å bedre samarbeidet og samhandlingen mellom de ulike medvirkende instansene i helse- og sosialsektoren. For å få til dette må reformen ta sikte på en gradvis og langsiktig endring i helse- og omsorgssektoren. Dette kommer frem i stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Henriksen, 2012, s. 57-58). Denne stortingsmeldingen tar utgangspunkt i de utfordringene som det norske samfunnet står overfor, både i forhold til et samfunnsøkonomisk- og pasientrelatert perspektiv. Hensikten med reformen er å fokusere mer på det forebyggende arbeidet, fremfor “reparasjon” av sykdom. Det vil da si at forebyggende arbeid og behandling blir mer likestilt. Reformen tilsier at kommunene skal få økonomisk støtte, slik at de vil være i stand til å kunne tilby de helsetjenestene som befolkningen har behov for. Ved at kommunene satser på forebyggende arbeid, vil befolkningen i mindre grad ha behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Videre retter reformen fokuset mot at de som har mottatt hjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal få

etterbehandling, rehabilitering, og annen oppfølging i hjemkommunen. Det er også stort fokus på samarbeid mellom kommuner og sykehus, som sammen skal kunne forme gode løsninger for den enkelte pasienten, slik at den får rett behandling på rett sted til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Ifølge Tønseth (2013) viser en rapport fra Stiftelsen for industriell og teknisk forskning [SINTEF] at samhandlingsreformen svekker tilbudene i psykisk helsearbeid. Dette fordi kommunehelsetjenesten må prioritere pasienter med somatiske plager ut ifra det økonomiske perspektivet, for eksempel ved at de må betale for sykehusopphold dersom pasientene er utskrivningsklare og kommunen ikke har et tilpasset tilbud til dem. En annen medvirkende faktor til svekkelse av det psykiske helsearbeidet er at årsverksinnsatsen i kommunen ikke er blitt økt i samsvar med bestemmelsene i samhandlingsreformen. På grunn av dette vil ikke kompetansenivået og ressursene samsvare med det faktiske behovet innen psykisk helse (Tønseth, 2013).

3.9 Spesialist- og kommunehelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har som formål å diagnostisere, samt gi spesialisert behandling og oppfølging av pasienter med ulike alvorlige lidelser og plager, både av akutt og kronisk natur. Den spesialiserte helsetjenesten består av blant annet somatiske og psykiatriske sykehus, ulike poliklinikker, rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner med tverrfaglig spesialisering innen rusmiddelmisbruk, og privatpraktiserende spesialister (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Etter lov om spesialisthelsetjenesten vil denne tjenesten ta sikte på blant annet å fremme folkehelse, motvirke sykdom, sikre likeverdige tjenestetilbud av god kvalitet, sikre at ressursene brukes på en optimal måte, samt bidra til at tilbudene er tilgjengelige for den enkelte, og tilpasset dens behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 2014). Videre vil spesialisthelsetjenesten også ha et særskilt ansvar i forhold til kunnskaps- og kompetanseutvikling for kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten innehar en veiledende rolle overfor helse- og omsorgstjenestene i kommunen, hvor de gir råd og informasjon om blant annet sykdomsutvikling ved ulike diagnoser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Kommunehelsetjenesten har som formål å sørge for at personer med behov for helsehjelp, får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester i den kommunen de befinner seg i. Kommunehelsetjenesten er offentlig organisert, og hører dermed ikke innunder hverken stat eller fylkeskommune. Kommunenes helsetjenester og tilbud omfatter ulike typer av sykdom og lidelse. Innunder dette faller både somatiske og psykiske plager, samt rusmiddelproblematikk, sosiale problemer, og ulike former for nedsatt funksjonsevne. Kommunehelsetjenestens ansvars- og pliktområde blir da å kunne planlegge, gjennomføre, evaluere, og korrigere de tjenestetilbudene som gis. Videre må disse tjenestetilbudene være i samsvar med de kravene som er hjemlet i ulike lovverk og forskrifter (Helsedirektoratet, 2014). Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vil kommunehelsetjenesten ta sikte på å forebygge, behandle, og tilrettelegge for mestring av sykdom og lidelse, samt fremme sosial trygghet og likeverd, sikre muligheten for selvstendighet og gode levevilkår, samt sikre at tilbudene er likeverdige og av god kvalitet. I tillegg vil det også være fokus på å sikre god samhandling mellom tjenesteinstanser, sikre at tjenestetilbudet er tilpasset den enkeltes behov, for å kunne bevare den enkeltes integritet og verdighet, samt å kunne utnytte ressursene på en optimal måte (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2013).

Innenfor kommunehelsetjenesten er hjemmesykepleien en sentral aktør (Fjørtoft, 2012, s. 14). Hjemmesykepleie er et tilbud for alle med ulike lidelser og utfordringer, og setter ingen begrensninger til tjenestemottakeren i forhold til alder, kjønn, og sykdom. Tilbudet kan være både langvarig og kortvarig. Formålet til tjenesten er at mennesker skal få mulighet til å mestre sin hverdag i eget hjem (Fjørtoft, 2012, s. 19). Innenfor et fagområde, slik som for eksempel hjemmesykepleie, er det hensiktsmessig å benytte seg av ulike teorier, som har som formål å tydeliggjøre og beskrive sykepleierens funksjonsområder. Når alle i en arbeidsgruppe jobber etter samme teorigrunnlag og hensikt, vil alle ha samme forståelse for arbeidet, og det bedrer kommunikasjonen innad i gruppen (Kristoffersen, 2005, s. 14).

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (2014) § 2.1, har den enkelte rett til et øyeblikkelig, nødvendig, og verdig tjenestetilbud fra kommunen. Ifølge Fjørtoft (2012) skal brukerne av hjemmesykepleietjenesten få fattet vedtak om hva slags hjelp de har behov for. I hjemmesykepleien blir det derfor lite rom for avvik, siden det arbeides etter vedtak og stramme tidsskjema. På grunn av dette vil tjenesten være sårbar, da det er vanskelig å kunne møte den enkeltes varierende stemningsleie og behov. Dette fordi det stramme tidsskjemaet

ikke gir rom for ekstra tid hos hver enkelt pasient, ut ifra de vedtakene som er fattet (Fjørtoft, 2012, s. 180-181). Dokumentasjon er også en annen viktig del av god hjemmesykepleie, ettersom dokumentasjonen skal gjenspeile observasjoner og tiltak i forhold til oppfølgingen. Det er derfor viktig med gode dokumentasjonsrutiner, og at alle setter seg inn i den enkeltes vedtaksplan, slik at alle tilbyr lik helsehjelp. Dette vil være med på å bedre kontinuiteten i helsehjelpen, til tross for mange forskjellige pleiere. Kontinuitet vil altså ikke bare bety fast personalet, men også faste rutiner (Fjørtoft, 2012, s. 204-205).

3.10 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et sentralt begrep innen helsearbeid, og forutsetter aktiv medvirkning fra brukeren som mottar helsehjelpen (Mæland, 2010, s. 130). Brukermedvirkning er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3.1, hvor det kommer frem at den enkelte har rett til å medvirke i gjennomføringen og valg av helse- og omsorgstjenester. Evnen den enkelte har til å gi og motta informasjon, vil bestemme graden av medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2014). Ved medvirkning i valg, utforming, og anvendelsen av ulike tjenester, vil den enkelte kunne oppleve større autonomi, myndighet, og kontroll over eget liv (Larsen, Nordal & Aasheim, 2006).

Innenfor brukermedvirkning, er individuell plan [IP] et viktig verktøy. Det er vanligvis brukere som er i behov av langvarige, koordinerte helsetjenester som har rett på IP (Larsen, Nordal & Aasheim, 2006). Denne rettigheten er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2.5, og utarbeides i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, og psykisk helsevernloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2014). Selv om den enkelte har rett på IP, er det ikke dermed sagt at den vil ha det. En IP kan ikke utarbeides uten samtykke fra den det gjelder. Ansvar for utarbeidelsen av en slik plan ligger hos både kommune og helseforetak (Larsen, Nordal & Aasheim, 2006), men det overordnede ansvar ligger hos koordinerende enhet i kommunen (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). IP skal sikre at brukeren får et godt og helhetlig tjenestetilbud, ut ifra egne ønsker og behov. Planen skal inneholde en oversikt over blant annet samarbeidspartnere, tjenester, kontaktpersoner, mål, tiltak, behov, og samtykke (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

4. Hvordan kan vi som sykepleiere i hjemmebasert omsorg sørge for best mulig oppfølging til pasienter som lider av schizofreni?

I drøftingsdelen tar vi utgangspunkt i problemstillingen, og foretar en analyse av skrevet teori som blir diskutert opp imot aktuell forskning og case. For å belyse problemstillingen ytterligere, har vi valgt å dele drøftingen inn i fire underkapitler, ut ifra de områdene vi mener er mest sentrale i forhold til problemstillingen og caset.

4.1 Hvordan kan sykepleiere skape god samhandling med schizofrene pasienter?

For å kunne skape god samhandling mellom sykepleier og pasient, vil det første møtet ofte være avgjørende. Ifølge Travelbee (2001) er det essensielt å se personen bak pasient-rollen under dette første møtet, slik at pasienten blir anerkjent som et unikt individ. Dette gjelder også fra pasientens synspunkt. På denne måten vil sykepleieren kunne få større innsikt og forståelse i pasientens tanker og følelser, og det blir da lettere å tilrettelegge hjelpen etter pasientens behov. I forhold til caset med Vigdis er dette svært sentralt, ettersom økt forståelse for henne og hennes livssituasjon vil kunne bidra til bedre behandling og oppfølging. Det vi har erfart når det kommer til samhandling med Vigdis, og andre i lignende situasjoner, er at noen ufaglærte vikarer og enkelte helsepersonell har manglende kunnskap og for dårlig kompetanse i møte med denne pasientgruppen. Dette kan sees ved at enkelte har fordommer og lite innsikt overfor den personen og diagnosen de møter. Dette kan, ifølge forskning gjort av Borg, Gullslett og Kim (2014), være en medvirkende årsak til at denne pasientgruppen ofte opplever stigmatisering, noe som er svært uheldig. Dette fordi det kan virke negativt inn på bedringsprosessen til den enkelte, og føre til tap av sosialt nettverk. Denne pasientgruppen opplever at nevnte stigmatisering kommer fra flere ulike hold, både familie og venner, og helsepersonell. Resultatet av dette er at pasientgruppen kan føle seg utestengt fra det offentlige rom, da flertallet av befolkningen kvier seg for å snakke om psykiske lidelser og plager, ettersom de ikke har nok kunnskap på dette området. Noe som er enda en medvirkende årsak til økt stigmatisering av denne pasientgruppen (Borg,

Gullslett & Kim, 2014). Ut ifra caset kan det sees at Vigdis ikke har noe særlig stort sosialt nettverk. Noe som kan være et resultat av stigmatisering, etter flere år med en alvorlig psykisk lidelse. Det meste av hennes sosiale liv består nå av helsepersonell, i hovedsak HBO som er innom henne hver kveld. I denne forbindelsen er det derfor viktig at HBO er bevisst på dette, slik at hennes behov for sosial kontakt kan dekkes på en tilfredsstillende måte, og etter hennes premisser. Her mener vi det vil være fordelaktig for HBO å benytte seg av Travelbees fremgangsmåte for etableringen av et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient, ved bruk av de fem fasene. Travelbee (2001) mener at god kommunikasjon også er med på å styrke dette samarbeidet, som hun kaller det mellommenneskelige forholdet. Denne kommunikasjonen baserer seg på både det verbale og det non-verbale, og er en kontinuerlig prosess. Sykepleierens ansvar i kommunikasjonen, er å gjøre sitt beste for å forstå det pasienten forsøker å formidle (Travelbee, 2001, s. 137). I forhold til Vigdis vil det være sykepleierens ansvar å ta initiativ til kommunikasjon, og dermed gjøre sitt beste for å forstå hva Vigdis har behov for. Vi mener dermed at sykepleierens ansvar i møte med Vigdis vil være å se personen bak diagnosen, og bli bedre kjent med Vigdis som individ, for å kunne etablere en god allianse med henne. På denne måten vil behandlingen og oppfølgingen bli bedre. Videre vil det være hensiktsmessig av sykepleieren å være bevisst sin non-verbale kommunikasjon, da våre erfaringer fra tidligere tilsier at Vigdis, og andre som henne, ofte har en tendens til å ilegge kroppsspråk og ansiktsuttrykk en annen mening enn det som er ment. Eksempelvis kan for mye direkte øyekontakt med Vigdis bli tolket av henne som at du forsøker å lese hennes tanker.

I caset om Vigdis kommer det frem at hun er mistenksom overfor HBO, og usikker på om de medisinerne hun får utlevert er korrekte. Denne mistenksomheten og den mistroiske holdningen er et typisk symptom ved schizofreni (Kringlen, 2008, s. 303), som kan gjøre samhandlingen mellom sykepleier og pasient utfordrende. Dette fordi pasienten kanskje ikke føler seg trygg på sykepleieren. Ifølge Strand (1990) er det enkelte sykepleierprinsipper som skal følges i samhandling med psykotiske pasienter, som da skal virke egostyrkende på pasienten. I forhold til pasienter i eget hjem, mener vi det er sentralt for HBO å følge prinsippene om kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, verbalisering, og realitetsorientering. Kontinuitet og regelmessighet i helsepersonell og gjøremål vil kunne tilrettelegge for trygghet og tillit hos den schizofrene pasienten. Det er også viktig med god balansegang mellom nærhet og avstand, da schizofrene kan ha en annen oppfattelse av

intimgrenser enn folk flest (Strand, 1990, s. 76-127). Vigdis har for eksempel et større behov for avstand enn andre, og liker dermed ikke når folk blir for nærgående. Verbalisering kan også være et godt hjelpemiddel, da pasienten får mulighet til å sette ord på sine tanker. Videre kan realitetsorientering hjelpe pasienten med å se felles virkelighet, slik at den ikke isolerer seg i sin oppfattelse av virkeligheten (Strand, 1990, s. 76-127). Eksempelvis har vi erfart at Vigdis, og andre som henne, kan ha perioder hvor de tror HBO stjeler fra dem, spiser opp maten deres, og klipper håret deres. I slike situasjoner vil det da være hensiktsmessig for HBO å forsøke å realitetsorientere Vigdis på en velmenende og forsiktig måte. Ved å benytte seg av disse egostyrkende prinsippene, kan det bidra til å skape en bedre allianse mellom sykepleier og pasient (Strand, 1990, s. 76-127). I denne alliansen viser sykepleier at den er pålitelig og en trygg person for pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 355). Dette vil igjen kunne bidra til å gjøre pasienten, for eksempel Vigdis, mindre mistroisk overfor sykepleieren, og dermed også mindre mistenksom overfor medisinene som utleveres. Særlig vil prinsippet om kontinuitet og regelmessighet bidra til dette. Men forskning gjort av Gjevjon, Eika, Landmark og Romøren (2013) viser at kontinuitet ikke alltid opprettholdes, da det ofte er mange ulike personer innom iløpet av en kort periode. Ulempen med dette kan være at de daglige helseforandringene ikke blir plukket opp like raskt som de ville bli gjort ved tettere oppfølging og bedre kontinuitet i helsepersonellet. Videre vil heller ikke pasienten få mulighet til å bli ordentlig trygg på enkelte av helsepersonellet (Strand, 1990, s. 78), og den kan dermed unnlate å fortelle viktig informasjon om egen helsetilstand, som kan være livsviktig. Dette ser vi også hos Vigdis, og andre som henne, ved at det ofte er mange ulike helsepersonell innom iløpet av en gitt uke. Det vi har erfart med dette er at disse pasientene sjeldent åpner seg, og forteller om sine tanker, redsler, følelser, og andre helseplager. Videre viser annen forskning, gjort av Nortvedt og Tønnessen (2012), at pasienter som mottar hjemmesykepleietjenester, føler at det er uforutsigbare besøkstider, som kan gjøre det vanskelig å opprettholde en normal hverdag. Dette fordi de ofte opplever at de må legge opp sin hverdag etter hjemmesykepleiens tidsskjema og besøkstider. Dette kan gjøre det vanskelig for disse pasientene å ha et godt sosialt liv, med avtaler om for eksempel kaffebesøk, ettersom det blir vanskelig å planlegge i forhold til disse uforutsigbare besøkstidene (Nortvedt & Tønnessen, 2012). Dette ser vi også hos Vigdis, og andre som henne, hvor besøkstidene kan variere veldig. Eksempelvis kan det ofte være opptil fire timers avvik på besøkstidene hos Vigdis som skal være kl. 21:00 etter vedtaksplanen, men

noen kommer til henne kl. 19:00 mens andre ikke kommer før kl. 23:00. Dette er med på å hindre kontinuitet og regelmessighet for henne, som igjen kan føre til at hun ikke føler seg trygg på personalet, og at den gode samhandlingen derfor kan svikte. En annen konsekvens av de mange ulike pleierne og de ulike tidene de kommer på, er at Vigdis kanskje vil slite med å sette ord på sine tanker og følelser, da hun ikke får muligheten til å opprettholde et godt forhold til noen av pleierne, slik som tidligere nevnt. På grunn av dette vil det kunne være vanskelig å realitetsorientere henne også. Dette fordi hun kanskje ikke vil stole på det disse pleierne sier om virkeligheten, ettersom hun ikke er trygg på dem (Strand, 1990, s. 76-127).

4.2 Vil god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten bidra til bedre samhandling med pasienten?

En annen del av samhandlingen med Vigdis, består av samarbeidet mellom de ulike hjelpeinstansene. Disse instansene skal samarbeide mot et felles mål, som tar sikte på å gi et best mulig tilbud, og god oppfølging til Vigdis. I henhold til Samhandlingsreformen (2012) er det kommunen som skal ha hovedansvaret for oppfølgingen av pasienter i hjemmet, der dette er mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Likevel viser en rapport fra SINTEF at samhandlingsreformen svekker de tilbudene som i teorien skal kunne gis innen psykisk helsearbeid, ofte av økonomiske grunner. På grunn av det økonomiske vil heller ikke kunnskaps- og kompetansenivået i kommunen øke i takt med det økende behovet for psykisk helsearbeid (Tønseth, 2013). I forhold til caset med Vigdis, hvor hun er underlagt TUD, er det nødvendig med et tett samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette fordi vedtaket om TUD kommer fra spesialisthelsetjenesten, mens det i dette tilfellet er HBO som er ansvarlig for oppfølgingen av vedtaket i det daglige (Psykisk helsevernloven, 2013; Psykisk helsevern forskriften, 2012). I tilfellet med Vigdis i caset, vil samarbeidet mellom instansene i hovedsak baserer seg på samarbeidsmøter sammen med Vigdis. I tillegg til slike samarbeidsmøter, er spesialisthelsetjenesten lovpålagt til å veilede, gi råd, og hjelpe kommunen med kompetanseutvikling der dette trengs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Spesialisthelsetjenesteloven, 2014). Det vi har erfart er at dette ofte ikke gjennomføres på en tilfredsstillende måte, både fordi kommunen ikke er flinke nok til å be om hjelp, og fordi spesialisthelsetjenesten ofte har dårlig tid og lite ressurser til slikt arbeid.

Videre er IP en del av samarbeidet mellom instansene og Vigdis. Den individuelle planen skal være pasientens plan, og det er pasienten selv som bestemmer om den vil ha eller ikke, hvem som skal være med, hvilke behov den har for hjelp, og hva målet for planen er (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011; Larsen, Nordal & Aasheim, 2006). I caset med Vigdis kommer det frem at hun har IP, men at HBO ikke har innsyn i denne, selv om de er en medvirkende instans i hennes helsehjelp. Dette kan være problematisk, ettersom HBO da ikke vet hva planen består av eller hva målet for denne er. Dette kan gjøre det vanskelig å gi Vigdis den oppfølgingen hun har behov for, da det blir usikkerhet rundt hennes faktiske behov og hvordan disse skal dekkes på en tilfredsstillende måte. Videre vil det kunne skape usikkerhet hos HBO, når de ikke vet hvem som skal kontaktes eller hva som burde gjøres i forbindelse med for eksempel symptomoppblussing hos Vigdis. Egne erfaringer i forhold til slike situasjoner, er at i HBOs vedtaksplan for pasienten, eksempelvis Vigdis, står det kun beskrevet hvordan medisineringen e.l. skal foregå, men ingen ytterligere informasjon rundt kontaktpersoner eller oppfølging ved symptomforverring. Ifølge forskning gjort av Holum (2010) kan IP fungere godt, dersom alle medvirkende instanser er inneforstått med arbeidet som skal gjøres og hvem som har ansvar for hva. Det vil altså si at IPen til for eksempel Vigdis i teorien kan fungere, bare HBO får ta en større del av planen, og faktisk får innsyn i den. Dette kan også medvirke til en mer utfyllende vedtaksplan hos HBO, da de får mer kunnskap om Vigdis' faktiske behov. Ved en mer utfyllende vedtaksplan, vil det også være lettere for HBO å praktisere kontinuitet og regelmessighet, i forhold til for eksempel faste tider, fast personale, og god dokumentasjon. Dette fordi de da har vil ha større forståelse og innsikt i hennes diagnose og ulike behov, og hvorfor kontinuitet er viktig for henne.

4.3 Hvordan kan sykepleiere opprettholde god legemiddelhåndtering, i samarbeid med schizofrene pasienter?

I samarbeid med schizofrene pasienter, slik som Vigdis i caset, hvor mistenksomheten overfor medisinerer er relativt høy, vil medisinererstiltak ofte være utfordrende for helsepersonellet. For å kunne gjennomføre medisinererstiltaket på en tilfredsstillende måte, er det et krav om at sykepleieren har kunnskap om hva som gis, hvorfor det gis, hvorfor det er viktig for pasienten, og hvilken virkning som er forventet, samt eventuelle bivirkninger av preparatet (Bielecki & Børdahl, 2008, s. 15-21). Denne kunnskapen vil kunne gjøre det lettere for sykepleieren å argumentere for viktigheten av at pasienten tar sine medisiner.

Videre er det også viktig at sykepleieren er i stand til å kunne tilby informasjon til pasienten dersom den er usikker på noe i forhold til medisineringen, noe pasienten også har rett på (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2014). I forhold til caset med Vigdis, vil det som tidligere nevnt være hensiktsmessig med kontinuitet i helsepersonellet, slik at hun får mulighet til å bli trygg på personalet, noe som igjen kan føre til at hun stoler mer på den enkeltes argumentasjon i forhold til medisineringen. Dersom Vigdis likevel ikke vil ta sine medisiner, må helsepersonellets minne henne på at hun er under tvang, og at hun dermed må ta medisinene selv om hun ikke vil.

Et tvangsmedisineringstiltak vil kunne utfordre pasientens grad av autonomi, da det fratar pasientens rett til selvbestemmelse i medisineringssituasjoner. Grunnen til dette er ofte at pasientens mentale status er påvirket i en slik retning at den ikke fullt forstår hvorfor den burde ta sine medisiner, og de konsekvensene som kan komme av ikke å ta de (Brinchmann, 2012, s. 90). I slike situasjoner vil sykepleierne ofte utøve en form for positiv paternalisme overfor pasienten, som vi mener samstemmer med ikke-skade- og velgjørhetsprinsippet. Dette fordi positiv paternalisme gir uttrykk for omsorg gjennom en gitt handling (Natvig, 2000, s. 136). I situasjoner hvor det utøves tvang, vil pasienten utsettes for en krenkelse eller “smerte” når dens autonomi blir tilsidesatt. Likevel er denne “smerten” en nødvendighet for å hindre en større smerte eller påkjenning ved en senere anledning. Helsepersonell har en plikt til å gjøre handlinger som er til det beste for pasienten, selv om det kanskje da må påføres pasienten en form for krenkelse eller “smerte” (Natvig, 2000, s. 122-136). Slik som i caset med Vigdis, påføres hun medisineringsvang daglig for å hindre symptomoppblussing og sykdomsforverring. Autonomien hennes blir altså nedprioritert og oversett i denne sammenhengen, men det er til det beste for henne, og det blir gjort på en velmenende måte.

I caset med Vigdis kommer det frem at medisinene hun får, Leponex 100 mg x4, knuses og blandes ut i vann, da dette er den eneste måten hun vil ta dem på. Selv om hun ikke har full autonomi i medisineringssituasjoner, har hun her likevel fått medbestemmelse i administrasjonsmåten av sine medisiner. Dette er med på å styrke hennes generelle autonomi, ved at hennes integritet og menneskeverd ivaretas, samt at hennes ønsker blir respektert (Brinchmann, 2012, s. 90; Kirkevold, 2010, s. 92-94). Selv om medisineringsiltaket blir gjort på den måten hun vil, er ikke knusing og utblanding av tabletter det beste alternativet. Dette fordi det er vanskelig å vite om hun inntar alt

virkestoffet ettersom noe kan ligge igjen i glasset, og fordi preparatet kan bli tatt opp på feil sted i fordøyelseskanalen, noe som kan gi bivirkninger i for eksempel munnhulen eller svelget (Bielecki & Børdahl, 2008, s. 25 & s. 133). I slike tilfeller er det veldig viktig at sykepleieren foretar en kontroll av glasset etter pasienten har drukket opp, slik at det ikke ligger igjen noen rester i glasset. Det er også viktig at sykepleieren sørger for at tablettene tas med mye vann, slik at det ikke ligger igjen rester av preparatet i munnhulen eller svelget. Det vi har erfart rundt dette er at det ikke alltid blir gjort på en tilfredsstillende måte, da dette varierer veldig ut ifra hvem av helsepersonellet som utøver tjenesten. På denne måten vet ikke helsepersonellet om hun får i seg tilstrekkelig av virkestoffet, noe som er uheldig dersom hun skulle få symptomoppblussing som følge av dette. Dersom dette skjer flere dager på rad, og hun nesten ikke har fått i seg noe av virkestoffet, kan dette sees på som en form for brå seponering av preparatet. Dette kan i verste fall resultere i en såkalt rebound-psykose (Berg, 2007, s. 64-78). Likevel viser forskning av Anand et al. (1996) at rebound-psykose sjeldent forekommer ved brå seponering av Clozapine (Leponex), men at andre alvorlige symptomer oftere kan forekomme, som for eksempel aggresjon og vegetative symptomer. Det vi har erfart med Vigdis, og andre som henne, er at de ofte blir agitert og mer paranoid i perioder hvor oppfølgingen i forhold til medisineringsen har vært dårligere, noe som ofte skjer ved ferieavviklinger. Dette viser igjen viktigheten av kontinuitet, kunnskap, og kompetanse, da god samhandling rundt medisineringsen avhenger av disse faktorene (Strand, 1990, s. 78; Bielecki & Børdahl, 2008, s. 15-21; Tønseth, 2013). Ifølge Strand (1990) er det egostyrkende prinsippet om nærhet og avstand sentralt i samhandling med schizofrene pasienter, som for eksempel Vigdis. Det vi har erfart er at enkelte av personalet kan bli for nærgående når de skal kontrollere eventuelle rester i glasset, noe Vigdis ikke er komfortabel med. Denne kontrolleringen burde foregå på hennes premisser, eksempelvis ved at sykepleieren spør om å få se glasset, fremfor å presse seg på henne og kreve å få se i det. På denne måten vil sykepleieren respektere hennes behov for nærhet og avstand, noe som kan medvirke til bedre samhandling ved at hun føler seg trygg på at egne ønsker blir respektert.

4.4 Hvilke etiske aspekter er sentrale for sykepleiere i utøvelsen av tvang?

Det er ulike lover og regler som er styrende for sykepleierens yrkesutøvelse når det kommer til tvang, deriblant psykisk helsevernloven, helsepersonelloven, og pasient- og

brukerrettighetsloven. Dette gjelder også for pasienter som Vigdis, som er underlagt TUD. Denne formen for tvang kan, ifølge lovverket, utføres av HBO dersom det er faglig forsvarlig og praktisk gjennomførbart (Psykisk helsevernforskriften, 2012). Våre erfaringer i forhold til dette, er at det som regel er praktisk og økonomisk gjennomførbart, men vi er noe usikre på hvorvidt det er faglig forsvarlig til enhver tid. Dette fordi vi opplever at det i perioder er mangel på kontinuitet, kunnskap, og kompetanse. På bakgrunn av dette mener vi det kanskje kunne vært bedre for pasienten, dersom en gruppe helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten hadde hatt ansvaret for tvangsmedisineringen. Dette for å sikre god rutine og kontinuitet for pasienten. Våre erfaringer i forhold til dette er imidlertid at spesialisthelsetjenesten ikke har nok ressurser til at noen kan reise ut til pasienter i hjemmet for slike oppdrag. Ifølge Sykepleierforbundet (2011) tar de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sikte på at sykepleieprofesjonen skal være kunnskapsbasert, med fokus på omsorg, barmhjertighet, og respekt for menneskerettighetene. Dette er sentralt i denne situasjonen med Vigdis, hvor det kan settes spørsmålstegn ved HBOs oppfølging, og om denne er faglig forsvarlig. Fra et pliktetisk synspunkt har helsepersonell en plikt til å utføre ulike handlinger som de er blitt pålagt til å gjøre, enten av seg selv eller andre. Disse handlingene skal utføres på best mulig måte, og være i samsvar med gjeldende lovverk på det gitte området (Henriksen & Vetlesen, 2006, s. 162). Det vi har erfart i forhold til Vigdis og andre som henne, er at HBO utfører handlingen de er pålagt av en annen instans å gjøre, men dette blir ikke alltid gjort på best mulig måte. Dette bryter med rettferdighetsprinsippet og de yrkesetiske retningslinjene, som sier at sykepleiere har en plikt til å vise respekt og omsorg for alle, og gi rettferdig og lik behandling etter en satt profesjonell standard. Rettferdig behandling baserer seg på hva den enkelte pasienten har behov for, samt hvilken interesse og yteevne den selv har i forhold til sin behandling (Natvig, 2000, s. 156; Slettebø, 2013, s. 133-135; Sykepleierforbundet, 2011). Ved at sykepleiere følger disse prinsippene og retningslinjene, vil dette føre til flere gode enn dårlige utfall for pasienter som Vigdis, noe som også er i tråd med konsekvensetisk teori (Sneltvedt, 2012, s. 68).

Slik Samhandlingsreformen (2012) fungerer i dag, blir de med psykiske lidelser og plager nedprioritert av økonomiske grunner, mens de med somatiske plager får mer tilrettelagt og god oppfølging. Dette fordi tiden og de kunnskapsrike ressursene er knappe, og de pasientene med psykiske lidelser får dermed for dårlig oppfølging ut ifra deres faktiske behov (Tønseth, 2013). Slik som tidligere nevnt, viser forskning av Borg, Gullslett og Kim

(2014) at mange med psykiske lidelser føler seg stigmatisert av ulike personer i samfunnet, noe som hindrer deres utsikter til bedring og trivsel. Når disse pasientene også får dårligere oppfølging enn de egentlig har behov for og har krav på, kan dette gjøre at de kanskje føler seg enda mer stigmatisert og mindre verdsatt av de rundt seg, både av helsepersonell og andre. Dette kan igjen gi disse pasientene dårligere livskvalitet og helse (Borg, Gullslett & Kim, 2014). Ifølge Verdens Helseorganisasjon (2014) vil god psykisk helse blant annet handle om at en skal klare å mestre livets påkjenninger, har muligheter for å se eget potensial, samt innehar evnen til å kunne bidra i samfunnet. I situasjoner hvor pasientene føler seg mindreverdige og stigmatisert, vil de ikke lenger kunne leve opp til disse standardene for hva god psykisk helse er (Borg, Gullslett & Kim, 2014; Verdens Helseorganisasjon, 2014). Slik vi har erfart det med Vigdis og andre som henne, så kan det virke som at mange i denne pasientgruppen har en mindre god psykisk helse, fordi de ofte har liten evne til å mestre hverdagen, se egne muligheter og evner, samt at de sjeldent klarer å bidra med noe i samfunnet. Dette kan også være med på å øke stigmatiseringen, både fra pasienten selv og fra andre (Borg, Gullslett & Kim, 2014). Dersom det er slik at helsepersonell også innehar disse fordommene og dermed stigmatiserer denne pasientgruppen, vil dette kunne gå ut over helsehjelpen som gis, og dermed bryte med rettferdighetsprinsippet (Borg, Gullslett & Kim, 2014; Natvig, 2000, s. 146-148). Våre erfaringer i forhold til dette, både med Vigdis og andre som henne, er at mange av både faglærte og ufaglærte har en tendens til å stigmatisere denne pasientgruppen, og at de derfor ikke gir rettferdig behandling slik disse pasientene har krav på og behov for. Det vi har erfart er at de av helsepersonellet som stigmatiserer, ofte velger å bruke mer tid og ressurser hos de med synlige, somatiske plager, enn hos de med psykiske plager.

5. Konklusjon

I denne oppgaven har vi tatt for oss hvordan sykepleiere kan gi god oppfølging til hjemmeboende pasienter som lider av schizofreni, og har i denne forbindelse sett på ulike faktorer som vil kunne virke inn på dette. Ved å dele drøftingskapittelet inn i fire underkapitler, fikk vi belyst problemstillingen fra ulike hold, noe som har gitt oss bedre forståelse for de ulike faktorene som spiller inn på muligheten til å kunne gi god oppfølging til denne pasientgruppen.

Ulik teori og forskning viser at de med psykiske lidelser er en utsatt pasientgruppe, da de ofte blir utsatt for fordommer og stigmatisering, og opplever at menneskene rundt dem har liten forståelse av det de sliter med. Dette gjelder også for helsepersonell, noe som kan ha en negativ innvirkning på samhandlingen med disse pasientene. Når den enkelte opplever slike fordommer, vil det også kunne påvirke dens bedringsprosess på en negativ måte. På grunn av dette er det viktig for sykepleiere å være bevisst egne fordommer, og benytte seg av samhandling og kommunikasjon for å bli kjent med personen bak diagnosen. Det som her blir hensiktsmessig for sykepleieren å benytte seg av, er Travelbees teori om kommunikasjon og det mellommenneskelige forholdet. Videre vil det også være fordelaktig i samhandling med schizofrene pasienter, å benytte seg av Strands prinsipper om egostyrkende sykepleie. Dette for å kunne bygge en god allianse med pasienten, noe som vil kunne virke positivt inn på dens bedringsprosess og mestring av eget liv.

En annen faktor for å kunne gi god oppfølging til denne pasientgruppen, er et godt kunnskapsgrunnlag og et tilfredsstillende kompetansenivå hos sykepleierne. Videre vil bedre dokumentasjon også bidra til god oppfølging, ved at det lettere kan oppdages avvik og sykdomsforandringer hos pasienten. Slik samhandlingsreformen fungerer i dag, har kommunehelsetjenesten et større fokus på somatisk sykdom av økonomiske grunner, noe som igjen går ut over tilbudene til de med psykiske lidelser. Ut ifra vår oppgave kommer det frem at hjemmesykepleien er den aktøren innen kommunehelsetjenesten, som er mest sentral i psykisk helsearbeid i hjemmet. Forskning viser at hjemmesykepleien generelt har for dårlig tid og lite ressurser, for å kunne sikre god kontinuitet til pasientene. Dette er svært uheldig i samhandling med schizofrene pasienter, som har et større behov for kontinuitet og trygghet enn mange andre. Videre har vi erfart at kunnskapsnivået og kompetansen i

hjemmesykepleien er for dårlig, i forhold til medisiner og forståelsen av ulike psykiske lidelser. Dette vil også gå ut over pasientenes bedringsprosess, ved at de ikke får god nok oppfølging.

Altså, for at vi som sykepleiere i hjemmebasert omsorg skal kunne sørge for god oppfølging til pasienter som lider av schizofreni, er det viktig å ha en god allianse med pasienten, slik at både samhandling og kommunikasjon flyter godt. En slik god allianse vil i tillegg sette sykepleieren i bedre stand til å kunne se og vurdere hvordan pasienten har det fra dag til dag, og sykepleieren vil dermed være bedre rustet til å kunne oppdage sykdomsforverring hos pasienten. Videre vil kontinuitet hjelpe med å bevare den gode samhandlingen, som igjen kan bidra til at pasienten føler seg sett, trygg, og ivaretatt.

5.1 Hva kan være viktige faktorer for bedre oppfølging for denne pasientgruppen i fremtiden?

Våre erfaringer tilsier at det i fremtiden burde være økt fokus på kunnskap og kompetanse overfor denne pasientgruppen, for å kunne bidra til bedre kontinuitet i deres hverdag. Dette vil også kunne føre til mindre stigmatisering, som igjen vil kunne bidra til større mulighet for bedring og mestring av hverdagen. Videre ville åpenhet mellom de ulike hjelpeinstansene i forhold til informasjon, være fordelaktig for bedre oppfølging og videre behandling av pasienten. Dette gjelder også for samarbeidet mellom de ulike hjelpeinstansene, når det kommer til for eksempel individuell plan, slik at alle involverte parter arbeider mot et felles mål, for pasientens beste. I situasjonen med Vigdis i caset, ville oppfølgingen og behandlingen fra HBO vært mye bedre, dersom det hadde vært et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og HBO hadde hatt innsyn i hennes individuelle plan.

Litteraturliste

* Anand, R., Cutler, N.R., Hartman, R.D., Kurtz, N.M., Shlovitz, T.M., Sramek, J.J., Tigel, P.D. & Welke, T.L. (1996). Cholinergic Rebound and Rapid Onset Psychosis Following Abrupt Clozapine Withdrawal. *Schizophrenia Bulletin*, 22(4): 591-5.

Antall sider: 5

* Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. utg., s. 205). Lund: Studentlitteratur AB.

Antall sider: 15

* Berg, J. E. (2007). *Akuttpsykiatri - for leger og sykepleiere*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. (s. 64-78).

Antall sider: 21

Bielecki, T. & Børdahl, B. (2008). *Legemiddelhåndtering* (6. utg., s. 15-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Borg, M., Gullslett, M.K. & Kim, H.S. (2014). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist*.

<http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2>

Antall sider: 21

Brinchmann, B.S. (2012). De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 17-90). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg., s. 68-261). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A.K. (2012). *Hjemmesykepleie - ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg., s. 14-205). Bergen: Fagbokforlaget.

* Folkehelseinstituttet. (2014). *Helsetilstanden i Norge*. Nasjonalt folkehelseinstitutt (Rapport 4, 2014). Lokalisert på: <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>

Antall sider: 5

* Folkehelseinstituttet. (2015). *Livskvalitet og lykke - viktig forskningsområde*. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/livskvalitet-og-lykke>

Antall sider: 3

* Folkehelseinstituttet. (2015). *Psykisk helse i kommunen*. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/psykisk-helse-i-kommunen>

Antall sider: 2

* Folkehelseinstituttet. (2015). *Ulike psykiske plager og lidelser*. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/ulike-psykiske-plager-og-lidelser>

Antall sider: 4

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (Psykisk helsevernforskriften), FOR-2011-12-16-1258. § 22. (2012)

Forskrift om habilitering og rehabilitering, FOR-2011-12-16-1256. Kapittel 5.

* Germans, S., Kristiansen, O., Romuld, E.B. & Solhaug, H.I. (2011). En mann i 50-årene med feber, redusert bevissthet og rigiditet. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 132:49-52. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.0645>

Antall sider: 4

* Gjevjon, E.R., Eika, K.H., Landmark, B.F. & Romøren, T.I. (2013). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553:563. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12214>

Antall sider: 10

* Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling, og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS->

[1957.pdf](#) (s. 133)

Antall sider: 16

Helsedirektoratet. (2014). *Om spesialist- og kommunehelsetjenesten*. Lokalisert på:
<https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/om-spesialist-og-kommunehelsetjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. (St.meld. nr. 34, 2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Meld.St. 47, 2008-2009). Lokalisert på:
<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?docId=STM200820090047000DDDEPIS&ch=1&q=>

* Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>

Antall sider: 2

Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. § 1. (2013).

* Henriksen, J.O. & Vetlesen, A.J. (2006). *Nærhet og distanse - grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 162).

Antall sider: 15

Henriksen, S.G. (2012). Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 57-58). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

* Holum, L.C. (2010). Individuell plan som verktøy for brukermedvirkning: en evaluering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4), 326:328. Lokalisert på:
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=110180&a=2

Antall sider: 3

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg., s. 36-355). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Johannessen, J.O. & Larsen, T.K. (2002). *Psykose - hva er det?* (3. utg., s. 28). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Antall sider: 4

Kirkevold, M. (2010). Den gamles integritet. I K. Brodtkorb, M. Kirkevold & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 92-94).

* Kringlen, E. (2008). *Psykiatri*. (9. utg., s. 303-323). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 30

* Kristoffersen, N.J. (2009). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 14-19).

Antall sider: 86

* Larsen, E., Nordal, A & Aasheim, F. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. (Sosial- og helsedirektoratet, IS-1315). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Antall sider: 9

Leponex. (2014). I B.C.B. Jansen (Red.), *Felleskatalogen*. Lokalisert på:
<http://www.felleskatalogen.no/medisin/leponex-novartis-560891>

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget. (s. 130-184).

* Natvig, R.S. (2000). *Sykepleieetikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 49-236).

Antall sider: 111

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler*. Lokalisert på: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

* Nortvedt, P. & Tønnessen, S. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3): 280-285. Lokalisert på:

<https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie>

Antall sider: 5

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3 & § 4. (2014).

Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. § 1 & § 3. (2013).

* Psykologforeningen. (2013). Psykisk helse må inn i barns hverdag. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(4), 297. Lokalisert på:

http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=319123&a=4

Antall sider: 1

* Scandinavian Psychologist. (2015). *Om psykologisk.no*. Lokalisert på:

<http://psykologisk.no/om-oss/>

Antall sider: 2

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 317).

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 133-135).

Sneltvedt, T. (2013). Konsekvensetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 68). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. § 1. (2014).

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 76-127).

* Søk og Skriv. (2015). *IMRoD-modellen*. Lokalisert på:

<http://sokogskriv.no/skriving/struktur/imrod-modellen/> (06.05.2015)

Antall sider: 3

* Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 29-201).

Antall sider: 105

* Tønseth, S. (2013). *Samhandlingsreformen svekker psykisk helsearbeid*. Lokalisert på:
<http://forskning.no/forebyggende-helse-helsepolitikk/2013/01/samhandlingsreformen-svekker-psykisk-helsearbeid>

Antall sider: 2

* Verdens Helseorganisasjon. (1948). *Definition of health*. Lokalisert på:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Antall sider: 1

* Verdens Helseorganisasjon. (2014). *Mental health - a state of well-being*. Lokalisert på:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Antall sider: 1

Antall sider selvvalgt litteratur: 486

Vedlegg 1: PICO-skjema

Spørsmål: *Hvordan kan vi som sykepleiere i hjemmebasert omsorg sørge for best mulig oppfølging til pasienter som lider av schizofreni?*

| P | I | C | O |
|--|---|--|---|
| Hvem vil vi vite noe om? Pasienter / gruppe / mennesker | Hvilket tiltak / intervensjon / behandling ønsker vi å vite noe om? | Skal det tiltaket vi satte opp under "I" sammenlignes med et annet tiltak? | Hvilket utfall / effekt/ erfaring / opplevelse / endepunkt er vi interessert i? |
| Schizofrene pasienter | Legemidler Oppfølging Kontinuitet Samhandling Samarbeid Sykepleie/HBO TUD & lovverk Reformer | | God oppfølging Trygghet, kontinuitet Ivaretagelse av autonomi/integritet |

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Her følger et utvalg av vår søkehistorikk. Alle vår søk er ikke inkludert i denne, men vi føler at denne oversikten likevel gir et godt innblikk i vår søkeprosess.

| Dato: | Søkeord: | Databaser: | Avgrensing: | Antall treff: | Leste abstrakter: | Leste artikler: | Inkluderte artikler: |
|-------------|--|---------------------------|--|---------------|-------------------|-----------------|----------------------|
| 08.04. 2015 | “Rebound psychosis” | Cochrane Library | Tittel, abstrakt, nøkkelord | 4 | 2 | 1 | 1 |
| 20.04. 2015 | “Brukermedvirkning” OG “Individuell plan” | Helsebiblioteket | Primærforskning | 4 | 1 | 1 | 1 |
| 15.04. 2015 | “Measuring continuity” AND “home healthcare” | PubMed | Abstrakt, fulltekst, maks 5 år gammel | 7 | 2 | 1 | 1 |
| 20.04. 2015 | “Forsvarlig” OG “Hjemmesykepleie” | SveMed+ | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10.04. 2015 | “Schizophrenia” AND “Nursing” | PubPsych | Engelsk, fra 2014, artikkel | 9 | 1 | 0 | 0 |
| 08.04. 2015 | “Psychosis” AND “symptoms” AND “Nursing” | PubMed | Klinisk studie, abstrakt, gratis fulltekst, maks 5 år gammel | 7 | 0 | 0 | 0 |
| 23.04. 2015 | “Stigma” AND “Mental health” | Scandinavian Psychologist | | 3 | 1 | 1 | 1 |